

2. Вишневский, А.А. Выбор иммуномодулирующей терапии при неспецифическом остеомиелите позвоночника / А.А. Вишневский, А.Б. Орлов, С.А. Тиходеев // Вестн. хирургии. – 2006. – №2 (165). – С. 32–36.

3. Выхристенко, Л.Р. Клиническое значение дефицитов иммуноглобулинов у взрослых / Л.Р. Выхристенко, В.В. Янченко, Д.К. Новиков // Междунар. обзоры: клин. практика и здоровье. – 2013. – № 5. – С. 21–31.

4. Вишневский, А.А. К вопросу об оценке иммунологического статуса у больных с неспецифическим остеомиелитом позвоночника / А. А. Вишневский, А. М. Орлов // Вестн. хир. – 2004. – № 5. – С. 73–78.

УДК 616.216.1-06-058.86

РИНОСИНУСОГЕННЫЕ ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Куницкий В.С.,¹ Королькова Н.К.¹, Якимцова А.В.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебский областной детский клинический центр»²

Введение. Сохраняющаяся в настоящее время высокая распространенность острых синуситов, определяет риск развития разнообразных осложнений, и в первую очередь у детей – орбитальных риносинусогенных осложнений [1, 2, 3, 5]. Развитие орбитальных осложнений у детей зависит от возраста и анатомо-топографических соотношений между глазницей и вовлеченными в воспалительный процесс околоносовыми пазухами [3, 5]. Негнойные и гнойные риносинусогенные орбитальные осложнения у детей приводят к ухудшению прогноза заболевания, снижению или потере зрения. В детской практике наиболее часто орбитальные осложнения встречаются у детей до 6-ти летнего возраста и составляют от 0.8 до 8% в общей структуре оториноларингологической патологии [3]. Причиной осложнений являются острые гнойные этмоидиты – у детей до 3-х летнего возраста, а у более старших детей фронтиты и реже верхнечелюстные синуситы [4].

Диагностика риносинусогенных орбитальных осложнений основана на изучении клинических проявлениях, данных лабораторного исследования, результатах офтальмологического исследования, заключении врача рентгенолога по результату рентгенологического исследования околоносовых пазух [5]. В последнее время в диагностике основное значение наряду с клиническими и лабораторными проявлениями отводится компьютерной томографии черепа и околоносовых пазух [3, 5, 6].

Цель исследования. Изучить клинические проявления, диагностику и лечение риносинусогенных орбитальных осложнений в условиях оториноларингологического стационара для детей.

Материал и методы. Нами изучены медицинские карты стационарных пациентов, проходивших лечение в оториноларингологическом отделении УЗ Витебский областной детский клинический центр с 2014 по 2017 годы.

Риносинусогенные орбитальные осложнения были диагностированы у 49 детей, что составило 9,8% от всех пациентов, поступивших в стационар по поводу острого синусита. Из них: 35 – девочки (71.4%), 14 – мальчики (29.6 %) ($p < 0.05$). Средний возраст 6.4 ± 0.8 года.

Острый синусит диагностирован у 46 пациентов (93.8%), хроническая форма – у 3 детей (6.2%) ($p < 0.01$). Что согласуется с данными ряда авторов о преимущественных острых формах синуситов, приводящих к орбитальным осложнениям [4, 5].

Всем пациентам проводилась комплексная диагностика орбитальных осложнений с применением клинических методов (общий анализ крови, биохимический анализ крови,

рентгенограмма околоносовых пазух), консультация офтальмолога, невролога, компьютерная томография черепа и околоносовых пазух. Комплексная терапия включала: хирургическое лечение (по показаниям), антибиотикотерапию, десенсибилизирующая и дезинтоксикационную терапию.

Результаты и обсуждение. Проведенное диагностическое исследование пациентов позволило сделать вывод о множественном характере поражения воспалительным процессом околоносовых пазух. У детей от 0 до 6-х лет воспаление в клетках решетчатого лабиринта и верхнечелюстной пазухе, у более старших детей в процесс вовлекались лобные пазухи. При поступлении основные жалобы: температура тела 38-39°C, общая слабость, боль в области причинной пазухи и глаза, отек век, умеренная инфильтрация тканей глазницы, гиперемия кожи, конъюнктивы, хемоз. При лабораторном исследовании отмечался лейкоцитоз до 39×10^9 в 1 мкл, сдвиг формулы влево, СОЭ укорено до 45-56 мм в час. Отмеченные изменения наиболее были выражены у пациентов с флегмоной орбиты.

Под нашим наблюдением и лечением находились пациенты, у которых был выявлен: реактивный отек век и периостит глазницы с положительной динамикой от проводимой консервативной терапии – 34 (69.4%). Дети с субпериостальным абсцессом – 7 (14.3%), флегмоной орбиты – 5 (10.2%) и абсцессом века – 3 (6.1%) были прооперированы по экстренным показаниям.

Рентгенография околоносовых пазух выявила различной степени снижение пневматизации причинных пазух, причем только у 10 (20.4%) отмечено поражение одной из пазух, наиболее часто — клетки решетчатого лабиринта. У 39 (79.6%) ($p < 0.05$) выявлено поражение нескольких пазух (клетки решетчатого лабиринта, верхнечелюстная и лобная пазухи). Наиболее ценные сведения были получены при компьютерной томографии черепа и околоносовых пазух, что хорошо известно [4, 5, 6]. В области пораженных околоносовых пазух и воспалительных изменений орбиты отмечалось повышение плотности тканей орбиты — от 20 до 35 HU ($p < 0.05$).

Всем пациентам лечение проводилось по экстренным показаниям. У лиц с негнойными воспалительными осложнениями консервативная терапия начиналась с первого дня пребывания в стационаре и включала пункции пораженных пазух. У 100% пациентов (наступило выздоровление с исчезновением офтальмологических симптомов (отек век, инфильтрация тканей глазницы, гиперемия кожи, конъюнктивы, экзофтальм) и восстановлением зрения.

Выводы.

Основной причиной негнойных риносинусогенных осложнений является сочетанное поражение воспалительным процессом нескольких околоносовых пазух. Наиболее информативный метод диагностики риносинусогенных орбитальных осложнений - компьютерная томография черепа и околоносовых пазух.

Литература:

1. Распространенность и структура заболеваний носа и околоносовых пазух среди взрослого населения мегаполиса / А.И. Крюков [и др.] // Рос. Ринология. – 2017. – №1. – С. 3–6.
2. Гюсан, А.О. Риносинусогенные орбитальные осложнения: распространенность и принципы лечения / А.О. Гюсан, А.А. Кубанова, Р.Х. Уздинова // Вестн. оториноларингологии. – 2010. – № 4. – С. 64–67.
3. Морохоев, В.И. Диагностика и лечение риногенных орбитальных и внутричерепных осложнений / В.И. Морохоев // Рос. ринология. – 2013. – Т. 21, № 2. – С. 47–48.

4. Николаева, Е.П. Осложненные риносинуситы у детей грудного и раннего детского возраста / Е.П. Николаева, Е.В. Гаршина // Рос. ринология. – 2012. – Т. 20, № 2. – С. 18–19.

5. Кубанова, А.А. Анализ орбитальных риносинусогенных осложнений у детей по данным ЛОР-клиники Карачаево-Черкесской Республиканской клинической больницы / А.А. Кубанова // Рос. ринология. – 2011. – Т. 19, № 2. – С. 67–68.

6. Особенности клиники целлюлита и субпериостального абсцесса орбиты у детей / Г.М. Хакимова [и др.] // Актуальные проблемы офтальмологии : сб. науч. работ IV Всерос. науч. конф. молодых ученых ; под ред. Х.П. Тахчиди. – М., 2009. – С. 69–70.

УДК 616.322-08:618.7.069.24

ЛАЗЕРНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА НЕБНЫЕ МИНДАЛИНЫ ПРИ ИХ ГИПЕРТРОФИИ У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Куницкий В.С.,¹ Якимцова А.В.²

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебский областной детский клинический центр»²

Введение. Входя в состав лимфоэпителиального глоточного кольца Вальдейера-Пирогова, небные миндалины являются иммунным органом [3]. Гипертрофия небных миндалин чаще встречается у лиц детского возраста. В настоящее время гипертрофию небных миндалин рассматривают как иммунореактивное состояние, связанное с мобилизацией компенсаторных возможностей лимфоидного кольца глотки при адаптации организма к постоянно меняющимся условиям жизни [7]. Распространенность гипертрофии небных миндалин варьирует от 5 % до 87 %, преимущественно в возрасте от 3 до 8 лет [2, 6]. Гипертрофия небных миндалин приводит к снижению качества жизни пациента, вызывая дисфагию, затруднение дыхания, синдром обструктивного апноэ сна [2, 7]. Консервативное лечение включает использование вяжущих, прижигающих средств, орошение и полоскание раствором танина, смазывание раствором Люголя, мирамистина, йодинола, азотнокислого серебра и рекомендуется детям с первой степенью гипертрофии и отказе родителей от предлагаемого хирургического лечения.

При гипертрофии небных миндалин второй и третьей степени рекомендуют хирургическое лечение. Тонзиллотомия показана детям не старше 6 лет при гипертрофии небных миндалин, более старшим детям проводится консервативная терапия или выполняется тонзиллэктомия. Во многих странах Запада и США при гиперплазии небных миндалин детям старше 3-х лет, проявляющейся дисфагией и затруднением дыхания рекомендуют выполнение тонзиллэктомии [1]. Тонзиллэктомия показана также, когда гипертрофия небных миндалин сочетается с их поражением хроническим воспалительным процессом [6].

Кроме истинно хирургических методов в практическом здравоохранении широкое распространение нашли методы воздействия на лимфоидную ткань различных физических факторов: лазерная хирургия лимфоидно-глоточного кольца полупроводниковым лазером, СО₂ лазером, при которой ткань небной миндалины иссекается или коагулируется и радиочастотной деструкции, что позволяет сохранить иммунную функцию небных миндалин у детей [4, 5].